QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N° 260.

SUR

L'OPÉRATION DES HERNIES CRURALE ET INGUINALE ÉTRANGLÉES,

SUIVIES

DE L'EXPOSÉ D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ ;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 2 décembre 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR GUILLAUME DÉLOUEY, né à Carville,

Département du Calvados ;

Élève des hôpitaux et hospices civils de Caen et de Paris ; Bachelier ès-lettres et ès-sciences ; Prosecteur de M. AMUSSAT dans ses cours particuliers.

Periculum in morâ.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président.* BOYER, *Suppléant.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Devergie.
Bayle.	Dubled.
Berard.	Dubois.
Blandin.	Gerdy.
Bouillaud, *Suppléant.*	Gibert.
Bouvier.	Hatin.
Briquet.	Lisfranc.
Brongniart.	Martin Solon.
Cloquet, *Examinateur.*	Piorry.
Cottereau, *Examinateur.*	Rochoux.
Dalmas.	Trousseau.
Dance.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Gage d'un amour sans bornes et d'une reconnaissance éternelle.

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA SOEUR.

Gage d'une inaltérable amitié.

A MONSIEUR AMUSSAT,

Docteur en chirurgie de la Faculté de Paris; Professeur d'anatomie à l'Athénée royale; Professeur particulier de médecine opératoire; Membre de l'Académie royale de médecine, des Sociétés de médecine du département de la Seine, de Louvain, de Lexington, etc.

A MONSIEUR ROSTAN,

Médecin de l'hospice de la Salpêtrière; Professeur de médecine clinique; Membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc.

Comme une preuve de reconnaissance et d'attachement.

A MONSIEUR BOUGON,

Chevalier de l'ordre de Saint-Michel et de la Légion-d'Honneur; premier Chirurgien ordinaire du Roi; Chirurgien de Madame Duchesse de Berry; Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; Membre titulaire de l'Académie royale de médecine, etc., etc.

Témoignage de respect.

G. DÉLOUEY.

AVANT-PROPOS.

De toutes les opérations chirurgicales, celle qui a pour but le débridement des anneaux, soit crural, soit inguinal, dans un cas de hernie étranglée, est, sans contredit, la plus délicate et la plus difficile. En effet, les dangers qui l'environnent sont si grands, que malgré les nombreux travaux des anatomistes de ces derniers temps et la connaissance exacte des parties sur lesquelles on opère, nous voyons encore tous les jours les praticiens les plus distingués, les opérateurs les plus habiles, ne porter qu'avec crainte le bistouri sur les parties qui forment l'étranglement.

Plusieurs procédés ont été imaginés pour le débridement; mais, comme dans tous on incise les parties de l'intérieur à l'extérieur, et par conséquent sans voir celles qui se présentent au tranchant de l'instrument, j'ai pensé qu'on pourrait rendre l'herniotomie en même temps plus sûre et d'une exécution plus facile, si après l'incision des tégumens on débridait de l'extérieur à l'intérieur.

Tel est le procédé que je me propose d'exposer dans cette dissertation inaugurale. Trop heureux si je puis atteindre mon but, et rendre moins difficile et moins dangereuse une opération que les jeunes praticiens n'osent souvent entreprendre, même dans les cas les plus pressans, et lorsqu'elle seule offre encore quelques chances de succès pour la vie du

malade ; d'ailleurs ce procédé n'est point purement théorique, il est pratique, car je l'ai vu plusieurs fois employer par M. *Amussat*.

Avant de terminer cet avant-propos, qu'il me soit permis de remplir un devoir qui m'est cher, en remerciant publiquement M. *Amussat* des excellens conseils qu'il n'a cessé de me donner dans le cours de mes études médicales ; je le remercie de l'amitié dont il m'a fourni tant de preuves, et reconnais que si dans la carrière où je vais entrer je suis assez heureux pour obtenir quelques succès, ce sera surtout à lui que je les devrai.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'OPÉRATION DES HERNIES CRURALE

ET INGUINALE ÉTRANGLÉES,

SUIVIES

DE L'EXPOSÉ D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ.

Anatomie.

On ne peut nier que depuis les immortels travaux de *Gimbernat* sur les hernies, l'anatomie de la région crurale et inguinale n'ait fait beaucoup de progrès : d'un autre côté, nos anatomistes modernes ont, si je puis le dire, porté cette branche au dernier degré de perfection. Les Anglais ont suivi la même impulsion, peut-être même ont-ils trop enchéri sur les anatomistes français, en multipliant les *fascia* à l'infini; mais aucun n'a applani encore les difficultés qu'on éprouve dans la préparation de l'anneau crural et de l'anneau inguinal. Tous les auteurs s'accordent à conseiller de disséquer couche par couche, feuillet par feuillet toutes les parties qui masquent ces deux ouvertures et qui concourent à les former. Cette manière

de procéder est longue, difficile, rebutante même, et laisse souvent un vide dans l'esprit, parce qu'on ne voit pas bien les rapports des parties les plus importantes pour l'opération. Cela est tellement vrai, qu'il n'y a qu'un très-petit nombre de praticiens qui aient une idée juste et exacte de la disposition de l'anneau crural et de l'anneau inguinal. Aussi les élèves, découragés par ces difficultés, négligent-ils ces parties ; et malheureusement c'est à tort, car de ces connaissances découle le traitement des hernies. M. *Amussat* ayant senti tous ces inconvéniens, a imaginé à ce sujet une coupe très-ingénieuse facile à pratiquer, et faisant parfaitement voir l'anneau crural en rapport avec les parties environnantes, l'artère épigastrique, et l'anneau inguinal pareillement en rapport avec cette artère, le cordon testiculaire chez l'homme, et le ligament rond chez la femme. Cette coupe, je l'ai répétée nombre de fois, et toujours j'ai obtenu le résultat que je me proposais, c'est-à-dire de bien voir l'anneau crural et l'anneau inguinal, et de m'en faire une juste idée; aussi c'est cette coupe dont M. *Amussat* a fait faire une planche parfaitement exacte que je vais adopter pour la description anatomique des ouvertures par lesquelles se forment les hernies crurales et inguinales.

Si l'on pratique dans la direction du plì de l'aine, avec un couteau à amputation, une incision qui, partant de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, s'étende jusqu'à l'épine du pubis, et si cette incision pénètre dans les parties molles jusqu'à l'articulation coxo-fémorale, qu'elle doit entammer, on met à découvert : d'une part, toutes les parties qui se trouvent comprises entre l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et l'épine du pubis, et de l'autre entre le ligament de *Fallope* en haut, et le bord antérieur de l'iliaque en bas.

En procédant de dehors en dedans, on remarque, 1°. les muscles iliaque et psoas, ainsi que le nerf crural, recouverts par le *facia iliaca*, aponévrose qui semble partir du ligament de *Fallope* pour recouvrir les organes qui occupent la fosse iliaque, et qui en dedans vient se confondre avec le *facia pelvien*. Cette aponévrose, en se réunissant au ligament de *Fallope*, forme dans cet endroit, avec l'a-

ponévrose du grand oblique, une espèce de cul-de-sac qui s'oppose à tout déplacement des viscères dans ce point.

2°. L'anneau crural, qui a une forme triangulaire dont le sommet en bas est fixé à l'éminence ilio-pectinée, et la base en haut correspond au ligament de *Fallope*. On peut distinguer à cet anneau, comme à l'anneau inguinal deux piliers : l'un interne, formé par la base du ligament de *Gimbernat*, et l'autre externe, peu distinct, et paraissant venir de la partie interne et antérieure du *fascia iliaca*, avec laquelle il se confond.

Cet anneau renferme de dehors en dedans l'artère et la veine crurales; tout à fait à la partie interne l'anneau est libre, mais dans ce point se trouve ordinairement un ganglion lymphatique. C'est par la partie interne de cette ouverture que se font les hernies crurales.

3°. A la partie interne de l'arcade crurale on trouve, 1°. en avant, le muscle pectiné recouvert de son aponévrose ; 2°. quand on a ôté ce muscle et cette aponévrose, et qu'on a mis à nu la face supérieure du corps du pubis, on découvre le ligament de *Gimbernat*, ligament très-fort et triangulaire, qui s'attache en bas à toute la crête du pubis, se confondant en haut avec le ligament de *Fallope;* il s'étend depuis l'épine du pubis, à laquelle correspond son sommet, jusqu'à l'anneau crural, dont il forme le pilier interne par sa base, comme je viens de le dire.

Maintenant si l'on divise l'espace crural en cinq parties, par exemple, on voit que les trois parties externes sont occupées par les muscles iliaque, psoas réunis, le nerf crural, recouverts de l'aponévrose *fascia iliaca*, dont la disposition est telle qu'elle est un obstacle invincible aux hernies en cet endroit.

La quatrième partie, occupant le côté interne, est bouchée par le ligament de *Gimbernat;* et enfin la cinquième et dernière partie, intermédiaire aux trois parties externes et à la quatrième partie, qui est interne, est occupée par l'anneau crural et les vaisseaux qui le traversent à son côté externe. D'après cela il nous est bien facile de voir que la hernie crurale ne peut se faire que par une ouverture bien

circonscrite : cet anneau est plus grand chez la femme que chez l'homme.

D'après la disposition de l'anneau crural, il est facile de comprendre quelle devra être la position de l'artère épigastrique relativement à la hernie qui se fera par cette ouverture ; en effet, si l'on considère que la partie externe de l'anneau crural est entièrement occupée par les vaisseaux, on concevra que cette espèce de hernie ne peut se faire que par la partie interne où se trouve encore le ganglion dont j'ai déjà parlé, et que par conséquent l'artère épigastrique qui naît de l'iliaque externe devra nécessairement se trouver en dehors. Dans la hernie crurale, l'artère épigastrique, placée à son côté externe, passe en avant pour se jeter dans le muscle droit ; dans la hernie inguinale oblique, au contraire, elle passe en arrière (1).

Pour voir l'anneau inguinal, il ne s'agit plus que d'entamer avec des ciseaux l'aponévrose du grand oblique au-dessus de l'anneau crural, toujours dans la direction du pli de l'aine. Par cette simple préparation on met à découvert le cordon testiculaire chez l'homme,

---

(1) Lorsque les artères épigastrique et obturatrice naissent d'un tronc commun, elles se séparent ordinairement en dehors, quelquefois au-dessous, et rarement au-dessus de l'anneau crural. Dans le premier cas, l'artère obturatrice descend en bas et en dedans, vers le trou sous-pubien et se trouve tout à fait en dehors de l'anneau crural, et même n'a aucun rapport avec lui. Dans le second cas, l'obturatrice descend presque verticalement derrière cette ouverture, et se trouve d'autant plus rapprochée du ligament de *Gimbernat* que le tronc commun a plus de longueur. Enfin, dans le troisième cas, le tronc commun s'enfonce dans le canal crural, ou y prend même naissance ; alors les deux branches qui en proviennent rentrent dans l'abdomen. L'artère obturatrice, plus ou moins flexueuse, remonte vers le bord supérieur du pubis pour se porter de là dans le trou obturateur, tandis que l'épigastrique se contourne sous l'arcade crurale, et se dirige en haut et en dedans. D'après les travaux de M. *J. Cloquet*, on voit que les cas où l'artère obturatrice naît de l'hypogastrique sont à ceux où elle naît de l'épigastrique comme 3 est à 1, et que l'hypogastrique lui donne plus souvent naissance chez l'homme que chez la femme.

le ligament rond chez la femme, et on peut voir ces parties en rapport avec l'artère et les veines épigastriques. Le cordon testiculaire chez l'homme, comme le ligament rond chez la femme, suit un trajet oblique, et se trouve situé en dehors et en avant de ces vaisseaux, qui naissant de la partie interne des troncs qui les fournissent, montent un peu obliquement de bas en haut et de dehors en dedans. L'artère épigastrique étant située entre les deux veines du même nom, va se distribuer dans le muscle droit et s'anastomoser avec la mammaire interne dans la région épigastrique. Le cordon spermatique, comme le ligament rond, après avoir contourné en dehors les vaisseaux épigastriques se porte en dedans et en bas pour sortir par l'anneau inguinal, ouverture oblongue résultant de l'écartement des fibres de l'aponévrose du grand oblique, qui en se séparant en deux faisceaux forment les deux piliers de l'anneau, distingués en *interne* et en *externe*. Le premier, en s'entrecroisant avec celui du côté opposés, se fixe à la symphyse du pubis, le second, à l'épine du même os. En haut cet anneau est fortifié par des fibres aponévrotiques transversales et légèrement courbes, qui s'entrecroisent avec les fibres de l'aponévrose du grand oblique; elles sont essentiellement destinées à s'opposer à l'écartement des piliers de l'anneau. Ces fibres existent chez tous les sujets, mais elles sont toujours moins prononcées chez les enfans et chez les femmes que chez les sujets adultes mâles. D'autres fibres longitudinales partent du pourtour de l'anneau et s'étendent jusque sur le testicule; elles forment au cordon spermatique une gaîne forte et résistante, dont la paroi postérieure est très-mince comparativement à l'antérieure.

Chez les femmes l'anneau inguinal est moins long, moins large, situé plus bas et plus en dehors; il donne passage au ligament rond de la matrice, et à quelques fibres musculaires pâles que le petit oblique fournit à ce corps.

Le cordon des vaisseaux spermatiques et le ligament rond avant de s'engager dans l'anneau du grand oblique traversent une espèce de canal oblique, dont M. *J. Cloquet* a donné une excellente description

dans sa thèse sur les hernies. En avant et en dedans il est formé par les fibres charnues du petit oblique. C'est de la partie externe de ce canal musculeux que se séparent la plupart des fibres qui doivent former le crémaster. Les fibres inférieures du muscle transverse ne s'écartent pas les unes des autres comme celles du petit oblique pour embrasser le cordon; celui-ci passe au-dessous d'elles à douze ou quinze lignes du lieu où il s'engage entre les fibres du petit oblique. Suivant *Alexandre Monro* et quelques autres, il est difficile de déterminer d'une manière très-exacte auquel, du muscle traverse ou de l'oblique interne, appartiennent les fibres musculaires entre lesquelles s'engage le cordon spermatique. Je pense que tous les deux concourent à la formation du muscle crémaster, et j'ai plusieurs faits à l'appui de cette opinion; tout récemment encore, j'ai disséqué un cadavre d'homme où j'ai vu évidemment quelques fibres du transverse qui passaient sur le cordon spermatique, et qui venaient se joindre aux fibres du petit oblique pour former le crémaster.

Le trajet que parcourt le cordon spermatique, depuis son passage sous le bord inférieur du muscle transverse jusqu'à sa sortie par l'anneau inguinal, est un véritable conduit dans l'état normal; mais dans le cas de hernie ce canal diminue de longueur, et quand la hernie est un peu ancienne il disparaît presque entièrement, son orifice interne étant rapproché tout à fait de l'externe par la traction qu'exercent les viscères déplacés; dans cette circonstance il n'existe donc plus qu'un véritable trou. L'artère épigastrique subit aussi dans ce cas un changement de direction qu'il est important de connaître: entraînée en dedans et en bas par les parties herniées, elle se rapproche de l'anneau inguinal, et est toujours placée au côté interne de la hernie.

D'après la disposition du canal inguinal, on conçoit facilement qu'un intestin qui s'engage par son orifice interne viendra faire hernie au dehors en suivant le trajet du cordon spermatique, tandis qu'il lui est très-difficile de se porter au dehors lorsqu'il se présente à l'anneau dans une autre direction.

Néanmoins les hernies inguinales peuvent se faire de deux manières, suivant le canal, ou bien les parties déplacées, après avoir vaincu la résistance opposée par les aponévroses du transverse et du petit oblique, viennent faire hernie par l'anneau inguinal. Dans ce dernier cas, l'artère épigastrique se trouvera en dehors, puisque l'ouverture par laquelle se fait directement la hernie est tout à fait en dedans des vaisseaux épigastriques, et c'est alors qu'on dit que la hernie est *interne*. Dans la hernie oblique, au contraire, les parties déplacées suivent le trajet du cordon pour s'engager dans le canal inguinal; l'ouverture interne de ce conduit, qui donne passage au cordon spermatique chez l'homme et au ligament rond chez la femme, se trouvant en dehors de l'artère épigastrique, il s'ensuivra que cette artère se trouvera en dedans de la hernie, et qu'elle sera d'autant plus portée dans cette direction que la hernie sera plus volumineuse, parce qu'elle aura converti, comme je l'ai déjà dit, le *canal inguinal* en un véritable trou. Cette hernie est dite *externe*. C'est à *Helselbach* que nous devons cette distinction des hernies interne et externe. Cette division est fondée en théorie; mais elle n'a aucune valeur pratique, puisqu'il est presque impossible, lorsqu'une hernie est formée et surtout étranglée, de reconnaître la route qu'elle a prise. C'est l'opinion de M. *Dupuytren* et de plusieurs autres.

Il arrive quelquefois que les parties qui forment la hernie s'échappent entre les fibres des piliers. *J.-L. Petit* a vu une tumeur herniaire inguinale qui avait passé entre les fibres du pilier externe de l'anneau ; elle était de la grosseur d'une olive, elle en avait la figure et la dureté. Ce célèbre praticien en a observé une seconde qui, suivant toute apparence, s'était formée de la même manière près du bord interne de l'anneau, et il en fit la réduction. J'ai vu cette année, à l'hôpital Beaujon, un cas de hernie bien remarquable dont les auteurs ne parlent même pas; c'était une hernie inguinale externe qui ne s'était point effectuée par l'orifice supérieur du canal inguinal, et qui n'était point placée dans la gaîne du cordon testiculaire; elle présentait encore cela de remarquable qu'elle avait un sac à double

fond, lequel, parvenu dans le canal inguinal, s'était étendu à la fois en haut et en bas vers l'un et l'autre orifice du canal inguinal. Cette observation a été publiée dans le Journal hebdomadaire par M. *Blandin*. Tous ces faits et beaucoup d'autres sont encore en faveur du procédé que je propose, c'est-à-dire de débrider en voyant. En résumé on peut dire : l'artère épigastrique est nécessairement en dehors dans deux cas, c'est-à-dire dans la hernie crurale et dans la hernie inguinale directe, et dans un seul cas, au contraire, elle se trouve en dedans.

La chose la plus importante à retenir, celle sur laquelle on doit particulièrement fixer l'attention, c'est la situation de l'artère épigastrique. En effet, si l'on retient bien le point de départ de cette artère, qui a lieu à peu près vis-à-vis le milieu de l'arcade crurale puis son trajet oblique, et si l'on compare sa situation relativement aux trois points par lesquels se fond ordinairement les hernies, on pourra, par la pensée, se représenter facilement les rapports que doit avoir ce vaisseau avec les trois principales espèces de hernies.

Des parties dans lesquelles les hernies sont contenues.

Les enveloppes des hernies, considérées collectivement, sont en général d'autant plus minces que la hernie est plus récente, que la tumeur s'est accrue plus promptement, et que l'individu est plus jeune. Dans les hernies anciennes, les tuniques de la tumeur offrent le plus souvent une très-grande épaisseur, surtout lorsque la hernie, sortie depuis long-temps, a été soutenue par un mauvais bandage. *Morgagni* a souvent vu de vieux sacs herniaires avoir de trois à six lignes d'épaisseur, et pouvoir être divisés facilement en plusieurs couches.

Ces propositions générales souffrent des exceptions assez fréquentes. Une observation de *Méri* prouve que les enveloppes immédiates des parties échappées du ventre peuvent être tellement minces dans une hernie ancienne, qu'il soit presque impossible de les reconnaître, et

que l'on puisse révoquer en doute leur existence. *Theden*, *Schmucker*, *Scarpa*, assurent, d'après leurs observations, que les hernies inguinales anciennes ont assez souvent un sac herniaire extrêmement mince. De cette divergence d'opinions *Arnaud* donne donc un précepte bien fondé, lorsqu'il recommande de ménager le premier coup de bistouri dans l'opération de la hernie. Ce précepte est plus sage que celui de *J.-L. Petit*, qui conseille de mettre à découvert les viscères en deux coups de bistouri, l'un pour l'incision des tégumens, et l'autre pour l'ouverture du sac herniaire.

En général la hernie crurale, quel que soit son volume et son ancienneté, n'a jamais, toutes choses égales d'ailleurs, des enveloppes aussi épaisses ni aussi compactes que celles de la hernie scrotale, 1°. parce que le muscle crémaster ne fait pas partie de ces enveloppes; 2°. parce que la couche de tissu cellulaire qui se trouve entre la face externe du sac péritonéal, et l'aponévrose *fascia lata* n'est jamais aussi épaisse ni aussi dense que celle qui environne le sac herniaire et le cordon spermatique dans la hernie scrotale; aussi les chirurgiens prudens procèdent-ils avec la plus grande circonspection lorsqu'ils opèrent une hernie crurale, l'expérience leur ayant appris que les viscères sont constamment à une moindre profondeur que dans la hernie inguinale.

Les couches membraneuses qui enveloppent les hernies inguinales sont assez nombreuses, mais il n'est pas toujours aisé de les distinguer les unes des autres. Dans une hernie ordinaire, chez l'homme, six tuniques environnent les hernies inguinales : ces tuniques, considérés de dehors en dedans, ou de l'extérieur à l'intérieur, sont, 1°. la peau; 2°. le tissu cellulaire sous-cutané et quelques ganglions lymphatiques; 3°. un canal fibro-celluleux qui naît de la circonférence de l'anneau et descend en embrassant le cordon jusque sur le testicule; la parois antérieure en est beaucoup plus épaisse que la postérieure, qui devient excessivement mince; 4°. le muscle crémaster; 5°. le tissu cellulaire sous-jacent; 6°. enfin le péritoine. Dans la plupart des hernies les quatre couches profondes sont si intimement unies entre

elles qu'on ne peut souvent les isoler les unes des autres. La hernie inguinale, chez la femme, a le même nombre de tuniques, en admettant quelques fibres charnues très-minces qui sont éparses autour du ligament rond. La hernie crurale a aussi six enveloppes, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le *fascia superficialis*, le *fascia lata*, qui contient deux feuillets, l'un antérieur ou extérieur, et l'autre postérieur et interne. Le premier, qui est plus épais, monte devant les vaisseaux fémoraux, et la partie inférieure du muscle iliaque, et va s'attacher à l'arcade crurale, depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, jusqu'à l'endroit qui correspond au côté interne des vaisseaux fémoraux; le postérieur monte derrière ces vaisseaux, devant le muscle pectiné, et va s'attacher à la crête du pubis derrière l'insertion de ce muscle; en dehors il se continue avec l'aponévrose *fascia iliaca*. Entre ces deux feuillets sont placés les vaisseaux fémoraux. C'est aussi à l'écartement de ces deux feuillets qu'on a donné le nom de *canal crural*. Au-dessous du feuillet antérieur se trouve dans la hernie le *fascia transversalis*, et enfin le *sac propre*.

Ces diverses parties sont tantôt saines ou presque saines, tantôt plus ou moins altérées dans leur texture, ne présentant point une épaisseur uniforme dans toute leur étendue. Il n'est point rare de trouver entre les fibres du crémaster des éraillemens à travers lesquels la tunique péritonéale forme saillie lorsqu'il y a beaucoup de sérosité dans le sac herniaire. Selon *Saviard* et M. *Dubois*, c'est sur ces bosselures qu'il convient d'inciser le sac.

Le sac herniaire dans la hernie inguinale est ordinairement piriforme, quelquefois cylindroïde, rarement globuleux, arrondi; sa partie la plus large est placée dans le scrotum, tandis que la partie la plus étroite répond à l'anneau et au-dessous. Dans la hernie crurale le sac a la forme d'une bouteille à col étroit. La portion qui est placée sous l'arcade crurale, et qu'on appelle *son col*, varie d'étendue; sa partie antérieure répond à l'arcade crurale, la postérieure au pubis, l'externe à la veine iliaque, et l'interne au ligament de *Gimbernat*.

On rencontre assez souvent des sacs qui présentent des étranglemens circulaires, lesquels peuvent exister au niveau de l'anneau, au-dessous de cette ouverture ou bien au-dessus d'elle. Cette dernière disposition, dont on trouve un très-grand nombre d'exemples dans les auteurs, mérite de la part du chirurgien une attention toute particulière; car il est arrivé très-souvent que, pour ne pas avoir apprécié les effets fâcheux qu'elle peut produire, on a commis en opérant des fautes graves dont les suites ont été plus ou moins funestes. On a remarqué que les sacs étranglés, c'est-à-dire à collets simples ou multiples, se rencontrent plus souvent dans les hernies congéniales que dans les hernies ordinaires. Doit-on attribuer cet état à une tendance que le col de la tunique vaginale conserve toujours à revenir sur lui-même, ou bien ne reconnaît-il pas plutôt pour cause la négligence que mettent à contenir leurs hernies les individus qui en sont affectés depuis leur enfance, et qui n'en ont jamais éprouvé une grande incommodité?

Toutes les hernies ne sont pas contenues dans un véritable sac herniaire; on a recueilli des faits, peu nombreux à la vérité, qui prouvent que le péritoine peut être rompu lorsqu'un corps dur et volumineux frappe violemment sur l'abdomen. Les intestins et l'épiploon peuvent alors s'échapper par une ouverture naturelle du ventre ou à travers les muscles déchirés, par la crevasse du péritoine, et rester cependant sous la peau. On trouve un fait de ce genre dans le Journal de chirurgie de *Desault*, t. 1^er^., p. 377, et un autre dans le t. 22, p. 271, du Journal général de médecine. Dans ce dernier cas, le scrotum fut déchiré. On a vu plus souvent le sac péritonéal d'une hernie être rompu à la suite d'une pression violente exercée brusquement sur la tumeur, l'intestin s'engager dans la crevasse, et la hernie acquérir en peu d'instans beaucoup de volume. *J.-L. Petit* en rapporte un exemple remarquable.

Les viscères sur lesquels le péritoine ne se déploie pas n'ont point de sac péritonéal quand ils font hernie : par exemple, la partie antérieure de la vessie, la partie postérieure externe du cœcum pré-

sentent cette disposition. Cette remarque est d'une haute importance, parce que si, avant d'opérer, on n'a point reconnu l'espèce de hernie qui existe, on est exposé à ouvrir le cœcum ou la vessie, si l'un ou l'autre de ces organes forme la tumeur, accident qui peut avoir des suites très-graves, et même occasionner la mort du malade. *Arnaud* rapporte un événement de ce genre. Les erreurs dans le diagnostic ne sont pas toujours aussi préjudiciables pour les malades, mais il suffit qu'elles puissent l'être pour qu'un chirurgien soit toujours sur ses gardes.

Le sac herniaire péritonéal peut contenir ou l'intestin ou l'épiploon, ou tous les deux à la fois, sans avoir aucune communication avec la tunique vaginale dans le cas de hernie scrotale ; c'est ce qui a lieu dans la hernie inguinale ordinaire ; quelquefois la hernie inguinale est contenue dans la tunique vaginale, et en contact avec le testicule. On nomme cette espèce de hernie *congéniale.*

Le sac herniaire, dans la plupart des hernies crurales et inguinales, contient ordinairement une quantité plus ou moins considérable de sérosité, et quelquefois ce liquide y est accumulé en quantité assez grande pour augmenter de beaucoup le volume de la tumeur. Cette espèce de complication doit être regardée comme favorable lorsqu'une hernie vient à s'étrangler ; la marche des accidens inflammatoires y est moins aiguë et la gangrène moins à redouter. Quant à l'opération, elle est, toutes choses égales d'ailleurs, d'une exécution plus facile et moins dangereuse que si la cavité du sac herniaire ne contenait que peu ou point de liquide, ce qui n'arrive ordinairement que lorsque la hernie se forme et s'étrangle tout à coup. Ici se rapporte une remarque du professeur *Pelletan.* « Si l'inflammation, dit-il, causée par l'étranglement, a marché avec lenteur, le sac contient plus ou moins d'eau, dont la fluctuation est sensible quand le sac est à nu, ce qui engagerait à ouvrir hardiment ; mais cette apparence est souvent illusoire, une adhérence de l'intestin au sac peut se rencontrer vis-à-vis le lieu où on voudrait l'entammer, et on risquerait de blesser les parties intérieures. Les qualités de la sérosité

contenue dans le sac herniaire varient suivant l'état des viscères qui forment la tumeur. A l'instant où le liquide s'échappe par l'ouverture étroite que l'on pratique au sac herniaire, on peut juger d'avance, avec assez de certitude, de l'état de ces parties. »

La surface interne du sac herniaire est lisse ordinairement et seulement en contact avec l'épiploon ou l'intestin, ou ces deux viscères réunis, lorsque la maladie est encore récente. Dans les hernies anciennes, ces parties peuvent adhérer entre elles et avec le sac d'une manière plus ou moins forte et dans une étendue plus ou moins considérable.

De l'opération.

L'opération de la hernie étranglée consiste dans la division des tégumens, la dissection des parties qui couvrent le sac, la destruction de la cause de l'étranglement, et la répulsion des viscères déplacés dans la cavité abdominale. Pour pratiquer cette opération, trois méthodes ont été particulièrement proposées et mises en pratique. *Franco*, contemporain d'*Ambroise Paré*, a le premier proposé de faire cesser l'étranglement au moyen de l'opération : sa méthode consiste à débrider l'anneau et à réduire la hernie sans ouvrir le sac. *Ambroise Paré* et *J.-L. Petit* ont employé avec quelques modifications cette méthode, et avec succès; mais elle n'a eu que peu de partisans, et elle est presque généralement abandonnée aujourd'hui.

La seconde méthode, qui est le plus souvent suivie maintenant, consiste à ouvrir le sac et à débrider ensuite l'anneau. Enfin la méthode de dilatation, conseillée par *Thevenin*, et mise en pratique par *Leblanc*, qui la propose comme méthode générale, n'est plus usitée.

La seconde de ces trois méthodes a été et est encore le sujet de controverse entre les chirurgiens relativement à la manière d'ouvrir le sac, à la manière de débrider l'anneau, et enfin au point où ce débridement doit avoir lieu. Ces différences d'opinions ont donné lieu à beaucoup de procédés; je crois donc convenable de les passer en revue avant de décrire celui que je propose.

Procédés pour l'ouverture du sac.

Franco, qui d'abord avait conseillé de ne point ouvrir le sac, et qui plus tard adopta cette méthode, s'exprime ainsi : « Faudra pro-« céder par ce moyen : assauoir, prendre le didyme, et le coopper « tant bellement sur l'ongle, comme auons dit, en éleuant les mem-« branes du didyme avec crochets, et le coopper jusqu'aux intes-tins. »

Dionis recommande de déchirer avec un déchaussoir les membranes qui enveloppent la tumeur ; d'éviter de se servir d'instrumens tranchans, de peur de blesser l'intestin; et d'ouvrir avec grande précaution la poche qui contient l'intestin, en se servant soit du déchaussoir, soit d'un scalpel.

Ledran veut qu'on pince le sac herniaire avec deux doigts, et qu'on y fasse ensuite, avec des ciseaux, une ouverture suffisante pour y passer la sonde cannelée; et si l'on ne peut le pincer, il faut, suivant lui, faire entrer à plusieurs reprises une sonde cannelée presque pointue entre les feuillets qui le composent, jusqu'à ce qu'elle pénètre dans la cavité.

Louis prétend qu'on ne doit pas éprouver plus de difficultés pour ouvrir le sac herniaire que pour inciser la peau, et qu'il n'y a aucun inconvénient à enfoncer obliquement, d'un seul coup, une sonde cannelée pointue entre ses feuillets.

Dejean donne le conseil d'ouvrir le sac en l'entamant obliquement avec le bistouri.

Richter, *Dessault*, *Lassus*, *Sabatier* et la plupart des chirurgiens modernes, ont adopté la méthode de *Franco*, en modifiant plus ou moins son procédé opératoire. Tous recommandent de faire une petite ouverture au sac, en coupant avec un bistouri, que l'on doit faire agir en dédolant, les différens feuillets du sac herniaire, après les avoir soulevés avec une pince à disséquer.

M. *Marjolin* conseille de perforer le sac vers le tiers inférieur de la

face antérieure de la hernie, parce que la sérosité éloigne ordinairement, en cet endroit, l'épiploon ou l'intestin, ou tous les deux à la fois, du sac herniaire. En général tous les praticiens ouvrent le sac là où la fluctuation est plus évidente. M. *Dubois* conseille, quand il y y a des petites bosses sur le sac, de faire en cet endroit l'ouverture du sac.

Ledran, pour l'ouverture du sac, donne un précepte qui depuis lui a toujours été recommandé par les praticiens : il consiste à n'inciser le sac que jusqu'à la distance de six à huit lignes de la partie supérieure de l'anneau, afin d'opérer plus facilement le débridement.

Procédés pour faire l'incision de l'anneau inguinal.

Rousset proposait d'inciser, à deux travers de doigt au-dessus de la tumeur, la peau, le tissu cellulaire et les muscles de l'abdomen ; de pénétrer avec précaution dans la cavité du péritoine, de débrider ensuite l'anneau du grand oblique, au moyen d'un bistouri introduit par la plaie du ventre. Il dit avoir vu pratiquer cette opération avec succès.

Pigray et *Job* ont adopté ce procédé, qu'ils employaient dans toutes les circonstances.

Fabrice de Hilden n'avait pas une grande confiance dans la méthode de *Rousset*, cependant il ne paraît pas en avoir connu d'autres, et il ne la permettait qu'à un chirurgien habile, lorsque le malade conservait assez de forces.

Heister ne paraît pas être loin d'approuver cette opération : il rapporte que *Cheselden* et *Skmalzius* l'ont pratiquée, et il regrette que le premier n'ait pas donné de son procédé une description plus exacte. On ne peut cependant disconvenir que cette méthode ne soit entièrement mauvaise, vicieuse, aussi est-elle abandonnée depuis longtemps.

Franco introduisait dans le col du sac herniaire, préalablement

incisé, une petite sonde de bois arrondie d'un côté, plate de l'autre ; et, autant que je puis en juger par ses expressions, il débridait directement en haut. Il recommande de faire une grande incision. Des instrumens particuliers ont été imaginés pour pratiquer le débridement, par *Bienaise*, *Méri*, *Garengeot*, *Petit*, *Morand*, *Ledran*, *Arnaud*, *Pott*, *Cooper*, etc.; et par MM. *Dubois* et *Dupuytren*.

Procédés pour le débridement de la hernie inguinale.

Garangeot, *Heister*, *Manchard*, *Dejean* et *Bertrandi*, pensent qu'il convient de diviser le pilier interne ou supérieur; *Juncher*, *Dionis* et *Lafaye* veulent qu'on opère sur l'externe ou l'inférieur; *Ledran* et *Ravaton* incisent indifféremment des deux côtés ; *Sharp*, qui ordinairement incise en haut, croit qu'il est difficile d'atteindre l'artère épigastrique, parce qu'elle est en dedans et au-dessus de l'endroit qu'on divise

Dessault se décidait, d'après la situation du cordon des vaisseaux spermatiques et *de l'artère épigastrique*, débridant en dehors, si le cordon était placé derrière le sac herniaire, en haut et en dedans, s'il était devant ou au côté externe de ce sac.

Sabatier, étonné de la diversité des opinions qui existent sur cette matière entre des hommes aussi recommandables, croyait en trouver la cause dans la variété de distribution qu'il avait observée dans l'artère épigastrique, soit sur des sujets sains, soit sur des sujets morts affectés de hernie; et comme il avait cependant observé cette artère plus souvent derrière le pilier interne que derrière l'externe, il pensait qu'en général il convenait de débrider en dehors.

Scarpa, dans le bel ouvrage qu'il a publié sur les hernies, s'exprime ainsi : « On pourra opérer le débridement avec toute sûreté, en incisant l'anneau et le col du sac herniaire parallèlement à la ligne blanche, et de manière que l'incision fasse un angle droit avec la branche horizontale du pubis. » Et il ajoute : « Dans tous les cas, une petite incision est suffisante pour faciliter la réduction de tous les vis-

cères. C'est mal à propos que quelques chirurgiens se permettent de faire une entaille considérable au bord de l'anneau. »

M. *Marjolin* conseille, en suivant la méthode proposée par *Scarpa*, et qui est la même que celle qu'il croit avoir été pratiquée par *Franco*, de commencer l'incision du pilier supérieur au-dessus du milieu de sa longueur, car en la commençant en dessous de ce point l'artère épigastrique pourrait encore être blessée.

M. *Boyer* débride l'anneau à son angle supérieur et externe, toutes les fois que le cordon testiculaire est situé derrière la tumeur herniaire.

M. *Dupuytren* débride directement en haut.

Tels sont les procédés de débridement qui ont été mis en pratique jusqu'à ce jour dans l'opération de la hernie inguinale étranglée. Voyons maintenant ceux qui ont été et qui sont encore employés dans le débridement de la hernie crurale.

Procédés pour le débridement de la hernie crurale.

Sabatier, dans la hernie crurale, conseille de débrider l'anneau en portant l'instrument du côté de l'ombilic et d'inciser dans ce sens.

Sharp veut au contraire que l'on débride en dehors et du côté de la crête de l'os des îles, afin d'éviter les vaisseaux spermatiques. Il convient qu'en suivant ce procédé on peut ouvrir l'artère épigastrique; mais il ne paraît point craindre cet accident, et il croit qu'il est facile à un chirurgien habitué à se servir de l'aiguille, d'y remédier.

Bell, pour éviter la lésion des artères épigastrique et spermatique, donne pour précepte de porter le doigt sous l'arcade aussi profondément qu'il soit possible, et d'inciser ensuite cette arcade avec lenteur et par degrés du côté externe. On peut, dit-il, de cette manière, l'amincir beaucoup, sans la diviser tout à fait, et sans courir le risque de blesser les vaisseaux qui sont placés derrière. *Bell* dit avoir opéré de cette manière, et le succès a été complet.

C'est d'après les remarques anatomiques d'*Arnaud* que *Sharp* et *Bell* ont proposé les procédés qui viennent d'être décrits. Ce praticien est, en effet, le premier qui ait prouvé, et par le raisonnement et par l'expérience, que c'est à la lésion de l'artère spermatique, et non, comme on le croyait généralement avant lui, à celle de l'artère épigastrique, qu'on doit attribuer les hémorrhagies qui surviennent quelquefois à la suite de l'opération de la hernie crurale chez l'homme. Suivant lui, l'artère spermatique est inévitablement exposée à l'injure de l'instrument tranchant, de quelque façon qu'on l'emploie pour faire la division du ligament de *Fallope*. Il avait en conséquence proposé un procédé qui consiste à ouvrir le sac herniaire, à inciser son col par le côté qui correspond au pubis, à l'aide de ciseaux courbés sur leurs bords, à soulever l'arcade crurale avec un crochet mousse, et à faire la réduction des parties sans opérer de débridement. Il a appliqué ce procédé chez la femme.

Else a proposé d'inciser l'aponévrose du muscle grand oblique au-dessus et dans la direction de l'arcade crurale, d'introduire par cette voie une sonde sous l'étranglement, et de débrider.

Gimbernat veut qu'on porte le tranchant du bistouri de dehors en dedans sur la production aponévrotique, qui descend du pilier externe de l'anneau inguinal pour se porter à la crête du pubis, et dont le bord externe tranchant et semi-lunaire forme la partie interne du contour de l'anneau crural; cette lame est regardée par lui comme la cause la plus ordinaire de l'étranglement. *Scarpa* adopte le même procédé, ainsi que *Gniosius*, *Bertrandi*, *Richter* et plusieurs autres. Lorsque cette incision ne suffit pas, *Scarpa* conseille alors l'usage du crochet d'*Arnaud*, et si l'arcade crurale ne prête pas assez, il recommande de faire sur son bord supérieur, soulevé par le crochet, trois ou quatre petites incisions superficielles et parallèles, qui affaiblissent son épaisseur et diminuent sa résistance. Enfin, dans les cas où l'étranglement est produit par le rétrécissement du collet du sac herniaire, il faut, suivant ce praticien, débrider en bas et en dedans.

A. Cooper, qui chez la femme débride en haut et en dehors, fait

sur l'homme une petite incision transversale au-dessus du ligament de *Poupart*, écarte le cordon spermatique du tranchant de l'instrument au moyen d'une sonde cannelée recourbée, et divise sans crainte l'arcade crurale.

M. *Boyer* débride sur le ligament de *Gimbernat*.

M. *Dupuytren*, après avoir divisé les téguumens par une incision cruciale, et mis à découvert le sac dans toute sa circonférence, incise cette enveloppe, porte le doigt entre elle et les parties déplacées, reconnaît le siége de l'étranglement, et débride de dedans en dehors, de bas en haut et parallèlement aux vaisseaux spermatiques. Il se sert à cet effet de son bistouri boutonné, à lame étroite et convexe sur son tranchant.

Le cadre étroit de cette dissertation ne me permettant pas de faire mes observations relatives à tous ces divers procédés, je laisse au lecteur à juger si le procédé suivant n'est pas plus avantageux par sa simplicité, et plus chirurgical, puisqu'il permet de rejeter tout instrument susceptible de blesser les vaisseaux et les parties herniées.

De la situation du malade.

Il est important de ne pas multiplier sans nécessité les apprêts des opérations, pour ne point effrayer les malades; mais cependant quand ces apprêts deviennent nécessaires pour que le procédé opératoire puisse être exécuté avec sûreté, le chirurgien doit prendre toutes les précautions qui lui paraissent indispensables. Comme l'opération de la hernie est une des plus délicates, et comme elle peut demander beaucoup de temps, il faut pour ces deux raisons que le malade, l'opérateur et même les aides soient placés commodément pendant qu'on l'exécute.

Les positions que l'on a conseillé de donner au malade ayant été presque aussi multipliées que les procédés pour le débridement, je me contenterai de décrire celle que recommande M. *Amussat*, parce qu'elle me paraît plus convenable.

Toutes les fois qu'on pourra opérer le malade dans son lit, il faudra le faire; pour cela il faut que le lit soit sans roulettes, peu large et élevé, de manière que le chirurgien ne soit pas trop gêné en opérant; il présentera de plus un plan incliné des pieds vers la tête, et devra être placé en face d'une croisée.

Une alèze, pliée en plusieurs doubles, sera passée sous le bassin et sous la partie supérieure des cuisses. La tête du malade sera maintenue légèrement fléchie sur la poitrine au moyen d'un oreiller, ses cuisses et ses jambes seront également légèrement fléchies et maintenues par des aides, et le chirurgien se placera toujours du côté droit du malade, de quelque côté que soit la hernie.

Opération.

Le malade et le chirurgien étant placés comme je viens de le dire, un aide se placera vis-à-vis de l'opérateur pour lui présenter les instrumens, qui doivent être mis d'avance par ordre sur une table qui ne doit point être exposée aux regards du malade, et pour l'aider dans quelques parties de l'opération.

Les instrumens nécessaires sont, un bistouri ordinaire, une pince à disséquer, une sonde cannelée et des ciseaux.

L'appareil de pansement doit aussi être préparé d'avance comme il suit : des bandelettes agglutinatives, des compresses graduées, des plumasseaux de charpie, des compresses triangulaires, un bandage inguinal ou une longue bande pour faire le spica de l'aine. On doit avoir de plus des éponges et des fils cirés.

Le chirurgien ayant rasé ou fait raser préalablement les parties sur lesquelles il va opérer, pratiquera d'abord à la peau une incision qui, commençant à un pouce environ au-dessus de la partie supérieure de l'anneau, soit inguinal, soit crural, sera prolongée, dans le premier cas, suivant la direction du cordon spermatique, et dans le second, suivant le trajet de la hernie, jusqu'à la partie moyenne de

la tumeur. On procédéra à l'opération de la manière suivante (je suppose que c'est sur le côté droit qu'on opère) :

L'opérateur formera à la peau qui couvre la partie supérieure de la tumeur un pli dont la direction devra être perpendiculaire à celle de l'incision qu'il se propose de faire ; un aide, placé vis-à-vis, prendra l'extrémité opposée de ce pli, et le chirurgien, en un seul coup, le divisera jusqu'à sa base. Il est rare que cette première incision soit assez étendue pour diviser la peau jusqu'à la partie moyenne de la tumeur, et pour mettre en même temps à découvert la partie supérieure de l'anneau, soit inguinal, soit crural ; il faudra donc prolonger la division, dans le plus grand nombre des cas, en bas et en haut. Pour cela, l'aide et le chirurgien formeront un second pli dans la direction du premier, en saisissant les bords, soit supérieurs, soit inférieurs de la première incision, et le chirurgien le divisera comme précédemment.

Il est des cas où l'on ne peut pas suivre le procédé que je viens d'indiquer pour inciser la peau ; c'est surtout lorsque l'individu a beaucoup d'embonpoint, qu'il y a de l'œdématie ou de l'inflammation au pourtour de la tumeur. Dans ce cas, le chirurgien tendra la peau avec le pouce et l'indicateur de la main gauche transversalement à la direction de l'incision, et la coupera peu à peu de dehors en dedans et de haut en bas, mais avec plus de circonspection pour ne pas pénétrer trop avant, de crainte de blesser les parties herniées. Si, dans la section de la peau, il arrive que quelques artérioles coupées donnent du sang en quantité suffisante pour incommoder l'opérateur et l'empêcher de reconnaître à leur couleur les parties qui lui restent encore à diviser, on devra les isoler, comme me l'a souvent démontré M. *Amussat*, pour en faire la torsion ou la ligature.

La peau étant divisée, l'opérateur et l'aide tireront en sens opposé les bords de la plaie, afin de mettre à découvert dans une plus grande étendue la surface antérieure des enveloppes de la tumeur et la partie supérieure de l'anneau ; ensuite on devra commencer la dissection du

fascia superficialis et du tissu cellulaire sus et sous-jacent, et mettre à nu l'aponévrose du grand oblique. Ces parties devront être saisies avec une pince à disséquer, et incisées de haut en bas dans la direction de l'incision de la peau, et non en les enlevant par copeaux, comme le font la plupart des praticiens.

Dans la hernie scrotale, lorsqu'on sera arrivé sur les parois antérieures du canal fibro-celluleux qui naît de la circonférence de l'anneau, on l'incisera avec beaucoup de circonspection, couche par couche et sur l'anneau lui-même : le chirurgien se sera avant assuré de la position du cordon spermatique. Pour la hernie crurale, on disséquera avec le même soin le *fascia lata*.

Quand la hernie est ancienne, il n'est pas toujours facile de distinguer tous ces feuillets les uns des autres : c'est alors qu'il faudra procéder avec la plus grande prudence à la dissection, qui, comme je l'ai déjà dit, doit être commencée au-dessus de l'anneau. Ce précepte est, je pense, d'une haute importance, parce que, 1°. en arrivant sur l'aponévrose du grand oblique, on n'a rien à craindre, il n'y a point de parties qui puissent être lésées ; 2°. parce qu'on peut pour ainsi dire couper à leur origine les fibres qui partent du pourtour de l'anneau, et arriver ensuite sur le véritable sac herniaire sans l'endommager. Le sac ainsi mis à découvert se reconnaît à sa transparence, qui laisse presque toujours distinguer la couleur rouge foncée et presque noire de l'intestin. Cela fait, le chirurgien examinera la cause de l'étranglement, et s'il reconnaît qu'il est dû à l'anneau, ce qui a lieu le plus ordinairement, il procédera au débridement. Par le procédé que je vais décrire, il n'y a pas, à proprement parler, de lieu d'élection pour le débridement ; il est subordonné aux différentes variétés que l'on peut rencontrer dans une hernie ; cependant quand la hernie se présente dans l'état le plus ordinaire, c'est toujours à la partie moyenne de l'angle supérieur de l'anneau qu'on doit débrider et toujours de dehors en dedans, ou de l'extérieur à l'intérieur et dans la direction de l'anneau.

Pour faire le débridement de l'anneau, le chirurgien portera la face

palmaire de son doigt indicateur de la main gauche tout près de l'anneau, pour affaisser la tumeur herniaire, et pour la préserver en même temps de l'atteinte du bistouri, qui sera conduit de bas en haut pour couper ou plutôt érailler de l'extérieur à l'intérieur les fibres de la partie supérieure de l'anneau.

Les premières fibres étant coupées, le chirurgien introduira le doigt sous l'anneau pour le dilater, ce qui suffira dans la plupart des cas pour faire cesser l'étranglement. Dans cette circonstance, la méthode de *Leblanc* pourra être combinée avantageusement avec le procédé que je décris, en se servant du doigt comme d'un dilatatoire. Si cette première incision ne suffisait pas, on en ferait une seconde, et même une troisième, si cela était nécessaire, sur divers points de l'anneau, en ayant soin de porter le doigt indicateur de la main gauche le plus près possible de l'anneau, et en incisant toujours de l'extérieur à l'intérieur. Lorsque le débridement aura été opéré, on cherchera, à l'aide du doigt introduit dans l'anneau, si cette partie a contracté des adhérences avec le sac, et s'il en existe on les détruira. La hernie avec son sac étant entièrement libre dans l'anneau, le chirurgien exercera une légère traction sur la tumeur pour l'attirer en dehors. Il l'examinera, et si la hernie s'est formée subitement, s'il n'y a que peu ou point d'adhérences, si le débridement a été pratiqué de bonne heure, si le sac herniaire ne présente pas une couleur violacée, et si enfin par les symptômes de l'étranglement on ne soupçonne pas une altération grave des parties, il faudra, dans tous ces cas, réduire la hernie sans ouvrir le sac, avec la précaution de faire rentrer la tumeur dans l'ordre inverse de son déplacement. Je pense que ce procédé devra toujours être mis en usage dans toutes les circonstances ci-dessus indiquées, parce qu'on ne risque pas de blesser les parties contenues dans le sac, parce qu'on ne les expose pas au contact de l'air, ce qui est d'une haute importance, et parce qu'on n'exerce sur ces viscères aucunes manipulations irritantes ; et *J.-L. Petit* assure même qu'en agissant ainsi on peut guérir radicalement la hernie.

Mais si après avoir attiré au dehors la hernie on s'aperçoit que le

sac concourt à l'étranglement, s'il présente plusieurs collets, s'il est d'une couleur violacée, et si enfin on a quelques craintes sur l'état des parties qu'il contient, on doit l'ouvrir sans balancer. Pour cela on saisira, avec une pince à disséquer, le péritoine au-dessus de l'anneau, si toutefois on peut faire sortir la hernie jusque là; dans le cas contraire, où des adhérences ou quelque autre cause s'opposeraient à ce déplacement, afin de commencer toujours l'ouverture du sac à sa partie supérieure, il faudrait comprimer la tumeur de bas en haut, pour faire remonter le liquide vers l'anneau, qui, dans tous les cas où il concourt à l'étranglement, doit toujours être débridé avant l'ouverture du sac. Je dis qu'on devra inciser ce dernier au-dessus de l'étranglement : ce point me paraît en effet plus favorable pour l'ouverture du sac que celui qui est au-dessous du rétrécissement, parce que là le péritoine est à l'état normal, qu'il n'a point contracté d'adhérences, et qu'il peut être facilement soulevé.

Le sac étant ouvert, et lorsqu'on sera arrivé sur l'intestin ou l'épiploon, on conduira de haut en bas, par l'ouverture pratiquée au sac, une sonde cannelée pour servir de conducteur au bistouri : on donnera à l'incision l'étendue qu'on jugera convenable, ensuite on réduira la hernie, toujours dans l'ordre inverse de son déplacement, et si la hernie est entéro-épiplocèle, on fera toujours rentrer l'intestin le premier, ayant soin de le coiffer avec l'épiploon, qui sera ainsi réduit le dernier. Cette manière de procéder à la réduction des parties herniées me paraît d'un immense avantage. En effet, dans les expériences que j'ai faites à ce sujet avec M. *Amussat* sur les animaux vivans, nous avons constamment observé, après avoir produit une hernie accidentelle, soit par l'anneau inguinal, soit par l'anneau crural, et après l'avoir réduite dans l'ordre indiqué ci-dessus, c'est-à-dire avec la précaution de coiffer l'intestin avec l'épiploon, nous avons, dis-je, constamment observé des adhérences de cette partie avec l'ouverture de la plaie après un temps très-court, phénomène qui me paraîtrait propre à empêcher la récidive de la hernie; ce fait est déjà consigné dans la thèse de M. *Amussat*.

L'opération étant terminée, la plaie qui en résulte doit être pansée comme une plaie simple, et réunie par première intention à l'aide de bandelettes agglutinatives, de compresses graduées sur les côtés, pour maintenir rapprochés les bords de la plaie, et de quelques compresses, le tout étant maintenu par un bandage inguinal ou le spica de l'aine. Ce mode de pansement me paraît tout à fait rationnel et très-sage, en ce qu'il n'expose point les viscères abdominaux, qui sont doués d'une très-grande sensibilité, au contact de l'air, dont l'influence est toujours à craindre dans ces circonstances; aussi qnand on l'emploie voit-on plus rarement survenir des péritonites ou des abcès dans le tissu cellulaire ambiant.

Le procédé que je viens de décrire est celui que démontre M. *Amussat* depuis long-temps dans ses cours; déjà j'ai vu ce chirurgien l'employer avec succès sur plusieurs malades, et ce n'est qu'après l'avoir expérimenté moi-même un grand nombre de fois et sur les animaux vivans et sur le cadavre, que je me suis déterminé à l'adopter, à cause de sa grande simplicité et du peu de danger qu'il présente, toutefois pour le rendre encore plus facile et en même temps plus sûr, je pense qu'on pourrait y faire les modifications suivantes :

Le chirurgien, au lieu d'être placé à la droite du malade, serait mieux à la gauche, ce qui lui permettrait d'inciser de bas en haut les fibres qui se trouvent à la partie supérieure de l'anneau. En conduisant le bistouri en ce sens, on a l'avantage de mettre les parties herniées à l'abri du tranchant de l'instrument.

L'opérateur ainsi placé peut aussi avec plus de facilité déprimer la la tumeur avec le doigt indicateur de la main gauche, et par-là la garantir de la pointe du bistouri.

J'ai dit que j'ai adopté ce procédé à cause de sa simplicité et du peu de danger qu'il présente. En effet, si on le compare avec tous ceux dont j'ai parlé, on verra que c'est le seul dans lequel on peut agir avec plus d'assurance, puisqu'il consiste à ne jamais porter le tranchant du bistouri que sur des parties qui s'offrent à la vue, et

qu'il permet ainsi d'éviter la lésion de l'artère épigastrique, accident si grave et si justement redouté qu'il a attiré l'attention de tous les grands maîtres, dont les efforts ont contamment été dirigés vers les moyens de pouvoir éviter cette artère. D'un autre côté, en procédant au débridement, comme je l'ai indiqué plus haut, peu importe à l'opérateur que dans la hernie inguinale, par exemple, le déplacement des viscères soit fait d'une manière directe ou oblique. La position de l'artère épigastrique, si différente dans ces deux cas, ne devra nullement l'occuper, puisqu'en agissant toujours de l'extérieur à l'intérieur, et en disséquant lentement, il est impossible de léser non-seulement ce vaisseau, mais encore les parties herniées ; et quand même le premier de ces accidens viendrait à arriver, on pourrait facilement y remédier, puisque l'ouverture béante de l'artère se trouverait à découvert au milieu des parties déjà disséquées. D'un autre côté, je peux, plus facilement que par tout autre procédé, limiter l'étendue du débridement, puisqu'au lieu d'agir en aveugle, comme on le fait ordinairement, je ne porte le bistouri que sur des parties que je vois.

Dans le débridement ordinaire, si la pointe du bistouri est portée un peu trop loin sous l'anneau, soit crural, soit inguinal surtout, il est facile d'ouvrir l'artère épigastrique; et alors comment s'apercevoir de cet accident, et aller lier ou tordre, sans une nouvelle opération, ce vaisseau, qui se trouve à une telle profondeur au milieu des parties qu'il est tout à fait hors de la portée du chirurgien, quand bien même il s'apercevrait assez tôt de cet accident pour pouvoir y porter remède. Par ce procédé on peut encore, dans des cas douteux, reconnaître toujours, avant de débrider l'anneau, quelle est l'espèce de la hernie, avantage que l'on n'a pas dans les autres procédés ordinaires, comme je le démontre. Une femme, en proie aux douleurs de l'étranglement, appelle auprès d'elle plusieurs praticiens, parmi lesquels se trouva M. *Amussat*, qui, contre l'opinion de tous ses confrères, diagnostiqua une hernie inguinale ; on appela en consultation un chirurgien des plus expérimentés de la capitale, qui, comme le plus

grand nombre, pensa que c'était une hernie crurale. L'opération fut donc pratiquée : les parties herniées ne purent être réduites, et la femme mourut douze ou quinze heures après l'opération. A l'autopsie, qui fut faite par le chirurgien même qui avait opéré, on trouva que le diagnostic porté par M. *Amussat* était juste, puisqu'il existait réellement une hernie inguinale qui n'avait pu être réduite, le débridement n'ayant nullement porté sur l'anneau.

On m'objectera sans doute qu'en débridant comme je le propose on affaiblit trop l'anneau, et qu'on expose ainsi le malade à de fréquentes récidives. Je répondrai que s'il en est chez l'homme comme sur les animaux vivans, il est difficile que cette récidive ait lieu à cause de l'adhérence qui s'établit entre l'épiploon et le pourtour de l'anneau, comme je l'ai observé si souvent, quand on a soin de réduire cet organe le dernier, et d'en coiffer, pour ainsi dire, la partie de l'intestin qui s'était herniée; mais en supposant qu'il n'y ait pas d'épiploon dans la tumeur, ou que l'adhérence dont je viens de parler n'ait pas lieu chez l'homme, ce que je ne pense pas, il en résulterait seulement que les malades opérés par ce procédé devraient, comme après tout autre, porter un bandage; mais cet inconvénient, commun à tous les procédés, ne serait pas une raison pour empêcher les chirurgiens de préférer celui qui, dans son mode d'exécution, présente moins de difficultés pour le chirurgien et surtout beaucoup moins de danger pour le malade.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad summos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent. *Sect.* 5, *aph.* 42.

III.

Si ex intestinis tenuibus aliquod dissectum fuerit, non coalescit. *Sect.* 6, *aph.* 42.

IV.

Si omentum exciderit, necesse est putrefieri. *Ibid.*, *aph.* 58.

V.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.